

הוועדה האוניברסיטאית הרפואית להכרה במגבלות רפואיות בלימודים

הנחיות למילויי טופס פניה להכרה במגבלה רפואית בלימודים

אנא מלאו את הטופס המיועד כולל טפסים רפואיים וטופס ויתור סודיות.
את הטפסים יש להגיש לגב' מיה פנקר, דקנאט הסטודנטים, בית הסטודנט, קומה 2, חדר 258, או בדוא"ל: medboard@bgu.ac.il. הנך זכאי לסיוע במילוי הטופס במרכז התמיכה.

סטודנט המבקש התאמה בשל מגבלה רפואית יצרף לבקשתו מסמך רפואי מאת רופא מומחה לתחום המאובחן (לא רופא כללי או רופא משפחה). על האבחון להיות עדכני (מהשנה האחרונה) ולכלול פירוט הבדיקות שנערכו ותוצאותיהן. אם מדובר בבעיה כרונית, יש צורך בחוות דעת רפואית המאזכרת את העובדה שמדובר במגבלה כרונית ואת השפעותיה הקבועות. על חוות הדעת הרפואית יש לציין במפורש מהן השלכות הבעיה הרפואית על התפקוד בבחינה ובלמידה. הבקשות תועברנה לעיונה של וועדה בראשותו של רופא תעסוקתי מטעם הדיקנאט.

יש לפנות אל הוועדה לפני תחילת שנת הלימודים או בתחילת הסמסטר. אישורים שיוגשו באיחור, ימומשו ההתאמות בסמסטר שלאחר מכן. התהליך נמשך כ-6 שבועות.

את הטפסים יש להגיש עד 10 ימים לפני כינוס הוועדה

סטודנט המוכר עם מגבלה ע"י המוסד לביטוח לאומי או משרד הביטחון – יש לצרף אישורים על כך וכן להמציא אישורים רפואיים מרופא מומחה. לתשומת ליבכם, טפסים שלא ימולאו במלואם או יוגשו ללא חתימה על ההצהרה בדבר אמיתות הפרטים לא יובאו לדיון. כמו כן, לא נוכל לטפל בבקשות אשר תוגשנה באיחור, או ללא כל האישורים המפורטים לעיל.

ההנחיות והטפסים רשומים בלשון זכר, אולם מתייחסים לזכר ולנקבה כאחד.

הוועדה האוניברסיטאית הרפואית להכרה במגבלות רפואיות בלימודים

טופס פניה להכרה במגבלה רפואית בלימודים

תאריך הגשת הבקשה _____

שם המשפחה _____ שם פרטי _____

תעודת זהות _____

שנת לידה _____ שנת עליה _____ e-mail _____

טלפון _____ פלאפון סלולרי _____

כתובת _____

פקולטה / מחלקה _____

שנת לימוד _____ נא להקיף בעיגול: א, ב, ג, ד בתואר: ראשון
שני

אני מבקש התאמת נגישות בשל מוגבלות מסוג (יש לפרט את המגבלה):

המגבלה גורמת לפגיעה תפקודית בלימודים בתחומים הבאים:

האם אבחנת בעבר כבעל מגבלה רפואית שבעטיה אתה פונה כעת? כן/לא
האם היה לך אישור להארכת זמן בתיכון בגין מגבלה זו? כן/לא
האם היה לך אישור להארכת זמן במבחן הפסיכומטרי בגין מגבלה זו? כן/לא
האם היה לך אישור להארכת זמן מאוניברסיטה/מכללה/מכינה בגין מגבלה זו?
כן/לא
האם הינך מוכר כנכה ע"י המוסד לביטוח לאומי או משרד הביטחון? כן/לא

אם כן, פרט:

1. אחוזי נכות _____
2. סעיפי הליקוי _____
3. נכות זמנית/לצמיתות _____
4. מועד קביעת הנכות _____
5. אני זכאי/לא זכאי* לסל שיקום מביטוח לאומי/משרד הבריאות/משרד הביטחון/גוף אחר.

יש לסמן את המתאים. תלמיד הזכאי לסל שיקום יצרף אישור זכאות. מי שאינו זכאי יצרף מכתב מעובדת השיקום.

איזה טיפול הנך מקבל לבעייתך? _____
האם שרתת בצה"ל? כן/לא מה היה תפקידך _____
סוג התאמה מבוקשת: _____

- מצ"ב מסמכים המעידים על המוגבלות ועל הצורך בהתאמות כולל, אך לא רק: חוות דעת רפואית של רופא מומחה (ולא רופא משפחה) המתייחסת להשפעת המגבלה על תפקודי הלימודי/האקדמי.

- המבקש יחתום על כתב ויתור על סודיות רפואית ויצרפו לבקשה.

- הערות נוספות:

תאריך: _____

חתימת התלמיד המבקש _____

הצהרת ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ _____
שם פרטי שם משפחה ת.ז.

מצהיר בזאת על הסכמתי כדלהלן:

1. אני מסכים/ה לכך שמידע מפורט ומלא אודות מצב בריאותי וליקויי הגופניים בעבר ובהווה, הקיים לגבי בקופות החולים ו/או המוסד לביטוח לאומי ו/או במוסד רפואי או אחר, יימסר לאוניברסיטת בן גוריון בנגב (להלן: "האוניברסיטה") או למי מטעמה.
2. אני מסכים/ה ומבקש/ת שכל אדם או מוסד אשר בידו מצוי מידע כלשהו אודות מצב בריאותי, ימסור אותו לאוניברסיטה או לגורם מטעמה על פי דרישה.
3. הסכמתי זו באה לאפשר לאוניברסיטה או לגורם מטעמה לשקול את בקשתי ל _____
4. אני מסכים למסור כל מידע שיידרש ממני לצורך קבלת החלטה בבקשתי זו.
5. אני מאשר לאוניברסיטה להעביר את המידע הנמסר על ידי לכל צד שלישי הנחוץ לצורך קבלת החלטה בבקשתי.

ולראיה באתי על החתום

חתימת המטופל או האפוטרופוס החוקי

דיקנאט הסטודנטים

הועדה לסיוע במגבלות רפואיות

טלפון: 80-46580706 , פקס: 80-4658746

תאריך _____

חו"ד של רופא מומחה

דר' נכבד,

הסטודנט _____ בעל תעודת זהות שמספרה _____

פנה אלינו בבקשה לקבל התאמות וסיוע בלימודים (בעיקר הארכת זמן

בבחינות) על רקע בעיה רפואית בתחום מומחיותך.

אם הסטודנט סובל מבעיה רפואית משמעותית הוא זכאי לקבל התאמות וסיוע בלימודים על מנת לעזור לו להתמודד בצורה שווה ליתר הסטודנטים. הואיל ומתן

התאמות ובעיקר הארכת זמן במבחנים עשויה להפלות לרעה את הסטודנטים

האחרים, אנו מקפידים מאד במתן התאמה זו ולכן נדונה בקשת הסטודנט

על ידי ועדה בראשות רופא.

בברכה,

פרופ' משה כספי

דיקן הסטודנטים

נודה לך עם תארגן את חוות דעתך הרפואית בצורה הבאה:

א. תולדות המחלה

ב. אבחנה רפואית עפ"י ICD10 (נא רשום מספר אבחנה):

ג. טיפול תרופתי שמקבל, (שם התרופה, ממותי מקבל)

ד. כיצד משפיעה בעיה זו על תפקודו של הסטודנט בלימודים

ה. הערות

אין באמור לעיל כדי לפגוע בזכותה של האוניברסיטה לקבל חוות דעת נוספת על פי הצורך.

בברכה ובתודה

ד"ר _____

חתימה וחותמת _____

תאריך _____ מומחה ל _____